Dlui Prof. Românianu

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1217

CISTITE CU RETENȚIE INCOMPLECTĂ DE URINĂ

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 13 Februarie 1912

DE

ROMULUS B. CREŢOIU

DIN

ÎNSTITUTUL MEDICO-MILITAR

BUCUREŞTI

„CLEMENŢA" STAB. DE ARTE GRAFICE ŢARANU & Co.

STRADA SMÂRDAN No. 5

1912

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1217

CISTITE CU RETENŢIE INCOMPLECTĂ DE URINĂ

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 13 Februarie 1912

DE

ROMULUS B. CREŢOIU

DIN

INSTITUTUL MEDICO-MILITAR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC BUCUREŞTI BIBLIOTECA CENTRALĂ Invent. Nr. 474.403

BUCURESTI
„CLEMENŢA" STAB. DE ARTE GRAFICE ŢARANU & Co.
STRADA SMÂRDAN No. 5
1912

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

Decan: D-l Profesor Dr. T. IONNESCU

PROFESORI

Clinica II-a chirurgicală	Dl Dr.	**Angelescu C.**
Chimia medicală	„ „	**Athanasescu N.**
Anatomia patologică . . . . } Bacteriologia şi patologia experimentală }	„ „	**Babeş V.**
Clinica II medicală	„ „	**Buicliu Chr.**
Medicina experimentală	„ „	**Cantacuzino I.**
Medicina operatorie	„ „	**Demosthene Ath.**
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	**Drăghiescu D.**
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	**Herescu P.**
Anatomia topografică } Clinica I chirurgicală }	„ „	**Ionescu Th.**
Farmacologia şi clinica terapeutică . .	„ „	**Măldărescu N.**
Clinica boalelor nervoase	„ „	**Marinescu G.**
Fizica medicală	„ „	**Miculescu C.**
Medicina legală	„ „	**Minovici M.**
Clinica III-a medicală	„ „	**Nanu-Muscel I.**
Istologia normală şi Embriologia . . .	„ „	**Obregia Al.** (supl.)
Fiziologia umană	„ „	**Paulescu N.**
Clinica dermatologică şi sifiligrafică . .	„ „	**Petrini-Galatz M.**
Patologia generală	„ „	**Procha Gh.**
Anatomia descriptivă	„ „	**Petrini Paul**
Patol. chir., bandaje şi apar. de fracturi	„ „	**Râmniceanu Gr.**
Clinica III-a chirurgicală	„ „	**Angelescu C.** (supl)
Zoologia medicală	„ „	**Sihleanu St.**
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	**Sion V.**
Clinica I-a medicală	„ „	**Stoicescu G.**
Clinica mentală	„ „	**Obregia Al.**
Terapeutica experimentată	„ „	**Theohari A.**
Clinica infantilă	„ „	**Thomescu N. C.**
Patologia medicală	„ „	**Thomescu I. Th.**
Botanica medicală	„ „	**Vlădescu M.**

AGREGAŢI

Clinica boalelor oto-rino-laringologice .	Dl Dr.	**Felix Eug.**
Farmacia chimică şi galenică	„ „	**Georgescu M.**
Anatomia topografică	„ „	**Gerota D.**
Chimia analitică	„ „	**Minovici Şt.**
Analiza alimentelor şi băuturilor . . .	„ „	**Poltzer A.**
Oftalmologia şi clinica oftalmologică .	„ „	**Stănculeanu G.**

JURIUL DE PROMOŢIUNE

Preşedinte: D-l Profesor Dr. **HERESCU P.**

Membrii:
- „ „ „ *Măldărescu N.*
- „ „ „ *Râmniceanu Gr.*
- „ „ „ *Ionnescu Th.*
- „ „ „ *Theohari A.*
- „ Docent „ *Gheorghiu N.*

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu area exprima, nici aprobare, nici desaprobare.

PREFAȚĂ

Odată cu îndeplinirea acestui ultim act al scolarității, mă simt dator să aduc viile mele mulțumiri de recunoștință acelora, cari au contribuit la formarea carierei mele.

In primul rând aduc omagiu pios memoriei părinților mei.

Față de savantul clinician Profesor Dr. Herescu, pentru viul interes ce pune în educația medicală a tinerei studențimi, ale cărui magistrale clinice formează amintirea cea mai plăcută și puternică din viața mea de student, mă simt dator a-i exprima admirația și respectul neţermuit ce am și voi avea.

Incredințându-mi subiectul de față și pentru onoarea ce mi-a făcut de a primi preșidenția tezei mele, îl rog să-mi îngăduie a-i aduce omagiile mele de recunoștință.

Domnului Dr. Cealic șeful clinicei genito-urinare, care ma inspirat la această lucrare și care cu autoritatea sciințifică în această materie, mi-a dat un concurs destul de efectiv, îl asigur de recunoștință.

Imi îndeplinesc o plăcută datorie, a exprima mulțumiri Domnului Dr. Strominger, pentru buna-voință dându-mi lămuririle necesare.

Mulțumesc juriului meu de promoție, precum și întregului Corp profesoral al Facultății de Medicină, pentru zelul ce depune în instruirea noastră medicală.

Domnului General Dr. Papillian, inspectorul general al serviciului sanitar militar, pentru sfaturile și interesul ce-l poartă internilor militari, mă simt obligat a-i exprima respect și adâncă admirațiune.

D-lui Medic Colonel Dr. Călinescu, medic cap al Spitalului militar „Regina Elisabeta" și tuturor medicilor din Spital, le aduc respectoase mulțumiri și recunoștință, pentru cunoștințele medicale ce-am căpătat.

Onor. Direcțiunei Institutului Medico-Militar și în special Domnului Medic Lt.-Colonel Dr. G. Andriescu, mă simt dator să-i aduc viile mele mulțumiri, pentru interesul ce pune a da o bună educație elevilor săi.

INTRODUCERE

Frecuentând serviciul de căi urinare al Domnului Profesor Dr. Herescu din Spitalul Colțea, mi-am propus a face lucrarea mea inaugurală în acest serviciu.

Subiectul ales *cistite cu retenție incomplectă de urină*, prezintă un mare interes prin faptul, că să întâlnesc destul de rar în literatura medicală; publicațiunile în această privință sunt în număr restrâns.

Am crezut necesar, ca înainte de a trece la studiul acestei chestiuni și spre a prezenta chestiunea cât mai lămurit, să fac o scurtă discripție a diverselor forme de retenții de urină ce să pot prezenta, remânând, ca într'un viitor capitol să studiez detailat clasa retențiilor incomplecte de urină prin cistite, împărțind-o astfel:

Prima parte a lucrărei va cuprinde observațiunile clinice; a doua parte, considerațiuni clinice și anatomo-pathologice; în sfârșit descrierea tratamentului.

Două din observațiuni, (obs. V și VI) au verificarea diagnosticului prin autopsie.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0022

Retenție de urină. Noțiuni de fisiologie pathologică.

Micțiunea e un act reflex, în care punctul de plecare residă în distensiunea vesicii prin urina acumulată în cavitatea sa. Excitația, care resultă din această distensie câștigă centrii, revine prin cale centrifugă la vesică și provoacă contracția fibrelor netede; atunci naște trebuință de la urină. Contracția continuând, tonicitatea sfincterului neted nu mai e suficientă spre a resista la presiune, el se întredeșchide și micțiunea începe. In aceste acte, vointa nu intervine de cât spre a opri micțiunea, în ori-cari momente prin contracția voluntară a sfincterului striat sau spre a o favorisa prin contracția mușchilor abdominali. Acesta e sfincterul strict striat al vesicii, care supus influenții vointei regulează în viață funcționarea vesicii.

Când micțiunea e impiedicată, vesica păstrează conținutul său și retenția e constituită. Influențe multiple sunt susceptibile de a turbura și impiedica micțiunea. Retenția e *complectă* sau *incomplectă* după cum bolnavul nu poate de loc urina sau mai poate emite o parte din conținutul vesicei.

Câte-va noțiuni de fisiologie pothologică sunt necesare, spre a înțelege istoria clinică a retenției. Guyon și Albarran au studiat și elucidat această chestiune.

Efectele retenției, se manifestă asupra vesicii, asupra ureterilor și asupra rinichilor.

a) asupra vesicei; primul efect al retenției e de a produce distensia progresivă; într'un grad extrem, fibrele musculare se îndepărtează și dacă peretele vesical e foarte subțire, se poate produce ruptura.

Concomitent cu distensia, se produc *congestia*, dilatația și turgescența tuturor vaselor endo și peri-vesicale, rupturi interstițiale se desvoltă și mici echimose apar la suprafața mucoasei.

b) De partea ureterului și basinetului, o puternică tensiune, să realisează și crește cu atât mai mult, cu cât însuși presiunea e mai puternică în vesică.

Consecutiv acestei tensiuni resultă două consecințe: prima, dilatațiunea ureterului și a basinetului, a doua suprimarea curentului descendent.

c) Rinichiul la rândul său, suferă influența mecanică a retenției de urină. In primul rând, ei se congestionează se măresc de volum; apoi dilatația basinetului se propagă la calice și la canaliculele urinare în așa fel, că tensiunea se transmite până la glomerul: secreția diminuă puțin câte puțin, iar cantitatea de uree se micșorează din ce în ce mai mult. In ultima fasă, la animalul în experiență, moartea survine prin ruptura vesicii sau prin uremie.

Pe bolnav se întâmplă foarte rar, ca lucrurile să meargă așa de departe. De ordinar, retenția nu e de cât temporară, totul reintră în ordine, de indată ce causa e suprimată și tensiunea încetează.

Se observă atunci, *revenirea contractilității* perdute, o *poliurie* datorită suprimărei bruște sau rapide a tensiunei și emoragii abundente ex vacuo, cari se fac pe toată întinderea aparatului urinar: pe vesică, pe ureter și chiar pe rinichi.

Consecutiv acestei crise, aparatul urinar conservă o mare aptitudiune la infecție; distinderea de oparte, congestia de alta, apoi emoragiile interstițiale prepară

terenul favorabil inoculației și cea mai mică greșală e une-ori ocazia de accidente infecțioase grave.

* * *

Retenții de urină cu obstacol mecanic. — Toate obstacolele cari sunt interpuse, pe traiectul urinei, constituesc o piedică.

Hipertrofia prostatei, care prin modificările formei și în special al volumului său, poate causa retenția. Retenția e acută și cronică.

Retenția de urină acută, adesea e influențată prin fenomenele congestive ale prostatei Brusc bolnavul se găsește în imposibilitatea de a scoate o singură picătură de urină, eforturile fiind zadarnice; vesica se distinde. Palpând regiunea hipogastrică, găsim globul vesical mărit și dureros; bolnavul are frisoane, temperatură, puls frequent, simptome gastro-intestinale. Une-ori retenția acută se însoțește de emoragii spontane destul de abundente, produse prin congestie.

Retenția durează o oră, două ore, încetează dela sine; în alte cazuri cateterismul sau puncția vesicei se impune, fiind imposibil, ca accesul să se termine printr'o micțiune spontană.

2. **Retenția de urină cronică**, exclusiv consecutivă obstacolului, poate fi *incomplectă* cu sau fără distensia vesicii și *complectă*.

a) **Retenția incomplectă fără distensiune**, e mult mai frequentă și mai puțin gravă. Consistă în aceea, că vesica ne mai fiind capabilă de ași vida tot conținutul său, micțiunea terminându-se, rămâne în vesică un residiu de urină. Succede cel mai adesea retenției acute. Cantitatea urinei residuale variază între 50. 3-400 grame.

b) **Retenție incomplectă cu distensiune.** Această varietate a retenției studiată detailat de Profesorul Guyon, se desvoltă consecutiv slăbirii progresive a vesicii; residiul de urină se mărește într'atâta, în cât vesica sfârșește a fi constant distinsă de urină.

E gravă prin lesiunile de distensiune renală şi turburările generale ce provoacă. Bolnavul acusă incontinenţă de urină, poliurie, dispepsie. Vesica ajunge, până la nivelul ombilicului. Bolnavii atinşi, sau trec mai târziu la retenţie complectă, sau chiar mor în cursul tratamentului.

c) **Retenţie cronică complectă.** E sfârşitul fatal al prostatismului. In această perioadă, cateterismul evacuator e de absolută necesitate; la început sondagele sunt rare, mai târziu se fac chiar la fie care 2—3 ore.

Cu toată retenţia, vesica nici-odată, nu perde toată contractilitatea sa. Experienţele lui Genouville au demonstrat, că la început contractilitatea era mărită şi la sfârşit numai slăbită. Rezultatele prostatectomiei probează în deajuns, că nu e vorba de cât de o slăbire momentană, căci după operaţie, evacuarea se face complect.

Cancerul prostatei şi ori-cari abcese prostatice pot determina retenţia.

In abcesele prostatei, retenţia producându-se în mod acut, se înţelege de la sine, că nu poate fi vorba de o pareză a vesicii; urina nu poate fi expulsată, de cât din cauza obstrucţiei canalului uretral, datorit obstacolului mecanic, sau din cauza unui spasm reflex al sfincterului vesical, sau a porţiunei membranoase a uretrei.

Dintre toatea aceste desigur, că obstacolul mecanic are rolul cel mai mare.

In cas de retenţie de urină, micţiunile se îndeplinesc cu foarte mare anevoinţă, bolnavul trebue să depue sforţări mari pentru ca de abia să elimine, o cantitate destul de mică de urină: aceasta e *fasa de retenţie in complectă de urină*. In cele din urmă, pacientul nu mai poate urina de loc, trecând astfel în fasa de retenţie complectă, cu toată pleiada de simptome, cari îi sunt proprii.

Profesorul Herescu, atribue o mare importanţă acestui simptom, retenţia complectă de urină in abcesele pro-

statei. Dacă un bolnav, se prezintă cu retenţie complectă de urină şi dacă prin examenul prostatei se constată semne de abcese, se intervenim întotdeauna; intervenţia în asemenea cazuri nu e numai necesară, dar chiar se impune de urgenţă.

In traumatismele uretrei mai ales în rupturile complecte, asemenea se observă retenţia; în aceste cazuri, lesiunea ce o produce traumatismul asupra uretrei nu e exculsivă; spasmul şi inhibiţia au o influenţă preponderantă.

Stricturile uretrei indiferent natura, blenoragice congenitale sau traumatice precum şi *calculii vesicii*, ori *uretrei* anterioare sau posterioare, sunt cauze de retenţii de urină.

Retenţia de urină, acută, e un episod relativ frequent în stricturile uretrei; aceasta e o retenţie bruscă, accidentală. Retenţia aproape în tot-deauna este provocată printr'o cauză congestivă: o răceală, un abuz de regim în special excesele alcolice; dar adesea stricturatul înainte de a ajunge la rentenţie complectă, a simţit dificultăţi mai 'mult sau mai puţin mari în micţiune.

Interogatorul bolnavului, relevează în destul antecedente de blenoragie sau de traumatism uretral, dar mai sigur e de a se examina uretra.

Mecanismul şi pathogenia acestei retenţii, sunt încă discutate. Bolnavul nu poate urina nu din causa, că urina n'ar străbate strictura, ci prin faptul, că vesica numai e capabilă de a se contracta cu destulă forţă.

Profesorul Guyon e de părerea următoare: consecutiv causelor cogestionante, se produce un puseu congestiv urmat de tumefacţie, la nivelul stricturei; a cărei mărime din ce în ce crescând, contracţiile vesicii sunt insuficiente, de a învinge această coarctaţie, de unde retenţia acută; de îndată ce urina e evacuată, strictura îşi reia dimensiunile sale din 'naite, iar vesica urmează a se vida cu uşurinţă, până la o nouă crisă.

Nu toţi stricturaţii, sufer de retenţie şi ceea ce pare

paradoxal e faptul, că adesea un bolnav cu stricturi largi, exploratorul cu bula No. 12 sau No. 14 trecând cu uşurinţă e atins de retenţie; pe când un altul cu stricturi filiforme, No. 2 şi 3 trecând cu anevoe e cruţat; ambii fiind de altminterea în aceleaşi condiţii, vesica tânără cu musculatura intactă. In aceste cazuri, retenţia se explică prin acţiunea unui puseu de cistită şi paralisie vesicală consecutivă. Profesorul Guyon admite, că causele congestionante sunt suficiente să producă direct un puseu de cistită, care cistită se grefează pe o stare congestivă permanentă; mai admite, că această cistită se poate produce chiar prin intermediul unei crise pasagere de retenţie. In afară de cistită, trebue a ţine seamă de acţiunea nervoasă, de producerea unui spasm al regiunei membranoase şi după Bazy asemenea de o acţiune inhibitrice produsă prin strictură asupra centrului vesical.

Compresiunile uretrale sau periuretrale, produc în special la femee retenţia de urină. Fibromele segmentului inferior al uterului, kistele ligamentului larg, uterul gravid în retro-versiune, sunt susceptibile de a comprima uretra; asemenea în timpul naşterei, este frequentă compresia uretrei prin capul fetal, de unde şi trebuinţa de a se face cateterismul evacuator al vesicii.

*
* *

Retenţii de urină fără nici-un obstacol mecanic. In afară de obstacol mecanic, retenţiile de urină recunosc şi alte cause: lesiuni anatomice şi turburări funcţionale ale sistemului nervos, degenerescenţe ale muşchiului vesical, influenţa reflexă a unor organe vecine.

Aceste retenţii se pot clasa în două grupe:

Grupa retenţiilor de urină fără obstacol şi fără lesiuni vesicale.

Grupa retenţiilor de urină fără obstacol şi cu lesiuni vesicale

1 **Grupa retenţiilor de urină fără obstacol şi fără lesiuni vesicale cuprind :**

a). **Retenţii prin maladii nervoase.** Afecţiunile sistemului nervos, reacţionează uşor asupra vesicei, fie diminuându-i contractibilitatea, fie producându-i chiar paralisie.

In afecţiunile *cerebrale* retenţia e rară, totuşi resultă, în comoţiunea cerebrală, apoplexie, inbecilitate.

Mult mai frequente sunt retenţiile de causă *medulară*; în compresiunile medulare brusce, fracturi, retenţia naşte cu compresia măduvei şi dispare progresiv cu dânsa; în *tabes* cel mai adesea, se vede retenţia de originâ medulară. Turburările vesicale se produc în primul sau al II-lea an al periodei prealaxice, une-ori chiar în primele luni şi constau în paresie vesicală, ataxie vesicală, incontinenţă, polakiurie, tenesm. La aceşti bolnavi, contractilitatea şi senzibilitatea vesicii sunt aproape slăbite ; trebuinţa de a urina, dispare complect.

In *paralisia generelă*, retenţia e de regulă ; după Geffrier, retenţia ar fi datorită spasmului uretrei, în timpul periodei de excitaţie ; paralisiei vesicei în perioda, de depresie ; asemenea în *sclerosa în plăci* se observă, retenţie prin spasm uretral. In *histerie*, paralisia vesicală însoţeşte adesea paraplegia histerică.

Tot în cadrul retenţiilor nervoase, sunt clasate acele cari succed *injecţiilor intra-rachidiene* de cocaină sau stovaină. După aceste injecţii, retenţia e frequentă, ţine 5—6 zile. E greu a se şti, dacă retenţia ţine de anestesie sau de operaţie.

b). **Retenţii în cursul intoxicaţiilor acute şi cronice.** Un mare număr de substanţe toxice, arsenicul, mercurul, fosforul benzina etc. introduse în organism în dosă masivă sau în dosă mică şi prelungită, pot reacţiona asupra vesicii. Cazurile sunt rari. Asemenea intoxicaţiile cronice prin plumb, alcool ; Englisch a descris o adevărată ischiurie saturnină, ce a survenit mult timp după o colică.

c). **Retenții în cursul infecțiunilor acute și cronice.** Un mare număr de infecțiuni acute produc retenții; printre acestea unele sunt intra-abdominale, iar focarul relativ aproape de vesică, exercită asupra acesteia o acțiune de vecinătate. Astfel apendicita și mai ales apendicita pelviană, inflamațiile peritoneului și în special, peritoneul pelvian, pot da o adevărată paralisie vesicală (legea lui Stokes).

Uretrita gonococică, dă frequent retenții de urină. Augagneur le atribue histeriei: mai probabil, ele sunt datorite inhibiției.

In cursul tuturor pirexiilor, se poate desvolta retenția, numită de Profesorul Guyon, *retenție medicală.*

E semnalată, ca complicație, în febrele eruptive, în special în rugeolă, variolă, disenterie, tetonos, reumatism acut.

Retenția în impaludisim, a fost cunoscută de demult; fie că survine în urma acceselor pernicioase, fie la bolnavi cachectizați, producându-se paralisia vesicală. Marion în teza sa, relateza 6 casuri, culese în Camargue, unde paludismul bântuia cu intensitate; Ochewsky descrie un cas interesant: e vorba de un tânăr de 5 ani, ce suferia de anemie pernicioasă, consecutiv malariei. Acest bolnav se prezenta cu o retenție acută, ce dată de 2 zile și nu putea fi sondat, din cauza unui spasm. Vesica era enorm distinsă, bolnavul aproape comatos. Convins, că avea a face cu un caz de malarie larvată, Ochewsky ii face o injecție hipodermică de 7 gute lic. Fowleri și un gram suflat de chinină. După două ore, bolnavul urina.

In difterie între complicațiuni din partea vesicei, să poate observa distensiune, tenesme și incontinență prin regorgement. In febra tifoidă, paralisia vesicei e foarte frequentă.

Retenția se observă asemenea, în cursul infecțiunelor cronice și în ori cari stari constituționale. Tuberculosa ar fi după observațiile lui Papillon și Gilbert suscep-

tibilă de a lucra prin toxinele sale asupra vesicei spre a o paraliza. Papillon, care a studiat diagnosticul precoce al tuberculozei pulmonare, în special la clorotici a constatat, că mulți din acești bolnavi, nu vidau complect vesica lor. Pentru dânsul, această retenție incomplectă, era datorită unei paresii a musculaturei vezicale, ea însăși consecutivă unei turburări paralitice, de origină toxică.

Uremia și glicosuria, sunt capabile de a da atonie vezicală.

Ca mod de acțiune, influența driectă a intoxicației sau a infecțiunei, asupra mușchiului vesical, nu s'ar observa, decât în afecțiunile cu hipertermie, ca în febra tifoidă: posibil și alcoolismul să aibă o acțiune directă.

In celelalte infecțiuni, două pathogenii sânt posibile: *nevrita periferică* și *poliomielita*; fie că lucrează prin intermediul nevrilor (ca în paralisia difterică, paralisiile saturnine sau alcoolice) fie prin centri medulari (ca în febra tifoidă, impaludism).

d. **Retenții prin turburări funcționale ale vesicei și sfincterilor.** Excitațiile la distanță, conduc adesea la retenție de urină; astfel toate traumatismele accidentale sau chirurgicale, operațiunile de diverse naturi. Totuși printre acestea acelea, cari învecinesc sfera uro-genitală, expun mai mult ca altele la retenție; astfel operațiunile asupra anusului, operațiuni ginecologice, corpi streini și mai ales dilatațiile anusului, dilatații bruște, violente, excesive.

Două teorii sunt posibile a explica aceste retenții: *teoria spasmului* și *teoria inhibiției.*

Existența spasmului nu e îndoioasă; dar rolul său adevărat în retențiile de urină, mai ales în retențiile de lungă durată, rămâne încă a-l determina; trebue deci o altă cauză. De mult Profesorul Guyon, a demonstrat rolul fenomenelor congestive; în plus trebue a admite fenomene nervoase, de ordin inhibitor, capabile de a explica retenția, în cazurile unde nu există obstacol mecanic notabil, nici scleroză vezicală.

Jannet confirmând aceasta, admite o inhibiţie prostato vezicală, datorită exagerărei maladive a unui fenomen fiziologic, normal la om. Rolul reflexelor inhibitorii asupra contractilităţei vezicale e neîndoios; asupra musculaturei uretrei, acest rol de inhibiţie nu e mai mic. Albarran şi Noguès cred, ca turburările sfincteriene capabile de a determina retenţie prelungită de urină se produc în special, când facultatea de inhibiţie normală, reflexă sau voluntară e perdută.

Aceasta teorie concordă mai mult cu faptele, decât teoria spasmului: explică cum în retenţiile zise spasmodice, adesea bolnavii pot fi uşor sondaţi, fără a se întâlni cel mai mic obstacol în uretră; permite de a se înţelege cum în aceste cazuri sonda pătrunzând în vesică, urina se scurge fără nici-o forţă de proiecţie.

* *
*

2. **Retenţii de urină fără nici-un obstacol mecanic dar cu lesiuni vesicale.** — Există lesiuni ale muşchiului vezical, capabile de a determina retenţii de urină, prin slăbirea catractilităţei. Albarran şi Nogués, divid aceste retenţii în *aseptice* produse printr'o degenerescenţă a pereţilor vezicali şi *septice* produse prin cistită.

Retenţii de urină aseptice prin degenerescenţa pereţilor vesicali. — In aceste retenţii starea generală joacă un rol important. Launois, prin cercetări, caută să stabilească pathogenia; după acesta arterio-seleroza, e unul din factori principali; aparatul urinar al bătrânilor, este sediul unor lesiuni vasculare, caracterizate printr'o endo-periarterită, ce nu se mărgineşte la prostată ci cuprinde vezica şi rinichii; consecutiv acestor lesiuni, se va produce alteraţia fibrei musculare. Cercetări anatomice ulterioare, n'au confirmat aceste concluzii.

Profesorul Guyon, prin concepţia de prostatism senil susţine, că dizuria senilă nu e numai faptul obstacolu-

lui prostatic, ci e rezultatul unor fenomene complexe cari au drept cauza comună un viciu de nutritie, care să fie produs sau prin progresul vârstei sau prin micșorarea puterii vitale a organismului.

Histologia prin cercetările lui Bogdanowich și Ciechanowsky confirmă cele susținute de Profesorul Guyon. Bogdanowich a observat, că la persoanele chiar cele mai normale, există o ușoară ingroșare a tunicelor arteriale, ne amintind întru nimic arterio-scleroza.

Ciechanowsky prin studii anatomice, a stabilit influența vârstei asupra musculaturei vezicale, bazându-se pe raportul ce există între țesutul conjunctiv și cel muscular al vizicii; odată cu vârsta, cam pe la 40 ani, proporția țesutului conjunctiv crește, în paguba celui muscular. Această schimbare de raport, cel puțin în cazurile aseptice, nu e datorită proliferărei ci atrofiei musculare. Ciechanowsky e și de părere, că debilitas senilis nu e totdeauna o chestiune de ani; vesica ca și cele-lalte viscere, poate fi atinsă de bătrânețe prematură, consecutiv unei intoxicații, în special alcoolismul; observații clinice și anatomo pathologice o stabilesc. La autopsie se găsesc alterații ale musculaturei vesicale, atrofia acestui țesut și o enormă încarcare grăsoasă. Probabil, că lipsa de contractilitate vesicală, e consecința directă a dispariției mușchiului și intervenția unui reflex genito vezical, devine aci inutilă.

* * *

Retenții septice prin cistita. — Câțiva autori vechi credeau, că retenția de urină era consecința directă a inflamației. Aceasta pathogenie azi inaceptabilă, totuși conținea o parte de adevăr, cazuri numeroase probând, că retenția poate complica cistita.

Tumorile vezicale; neoplasmele infiltrate determină dela apariția lor o oarecare iritație a vesicii, care se traduce prin semne de *cistită*. Tuberculoza vesicală, consecutiv inflecției secundare, determina *cistita*, care evoluează încet insidios; o perioadă mai mult sau mai

puțin lungă de frequența micțiunilor și de hematurie precedând cistita propriu zisă. In calculoză, vesica mult timp tolerează calculul, fără a se infecta; totuși cu timpul, *cistita* isbucnește, iar peretele vezical prezintă lesiuni caracteristice cu atât mai accentuate, cu cât cistita durează mai de mult.

In cursul *cistitelor*, retenția se explică prin spasmul voluntar sau reflex. Altele sunt datorite alterațiilor mușchiului vesical: aceste lesiuni nu anihilează contractilitatea vesicală, dar aceasta nu se mai efectuează cu aceiași regularitate, ca în stare normală și retenția apare.

Pentru ușurința descripțiunei, voiu trece repede asupra cistitelor cu retenție complectă remănând, ca într'un viitor capitol a expune mai detailat cistitele cu retenție incomplecta:

Cistita cu retenție complectă. — Independent de retenția produsă prin spasm, prin congestia prostatei, există retenția consecutivă paraliziei vezicii sub acțiunea directă a *cistitei* însăși. Inflamația limitată în primul rând la mucoasă, cuprindea secundar tunica musculară, paralizând-o in funcțiunile sale, prin aplicarea unei legi din pathologia generală legea lui Chopart-Stokes; ținându-se seamă de raporturile intime, ce există între mucoasa și musculoasa vesicală și propagarea inflamației dela o tunică la alta.

Chopart, care a semnalat cel dintâiu, această varietate de retenție, a descris admirabil simptomele:

„Această specie de retenție să declară subit și se re-„cunoaște: 1 prin trebuințe frequente de a urina; 2 „durerea acută ce acuză bolnavul în regiunea vesicii „și care se mărește prin eforturile ce le face spre a u-„rina, durere ce se întinde în regiunea rinichilor și „de-alungul uretrei, până la extremitatea glandului; 3 „frequența și durata pulsului, simptome de febră; 4 „mărirea durerei, când se atinge și se apasă regiunea hi-„pogastrică; 5 introducerea ușoară a sondei în vezică; „6 dureri vii, consecutive contactului acestui instru-

ment contra pereţilor vezicali; 7 culoarea roşie şi inflamată a urinelor; 8 in sfârşit, absenţa semneior proprii altor varietăţi de retenţie.

Aci sânt reunite simptome de retenţie şi cistită.

Aceste retenţii sânt destul de rar observate. Bazy a insistat in special asupra acestora şi teza lui Condamy inspirată de Bazy, conţine 3 observaţii de retenţie, survenind după simptome nete de cistită. In aceste observaţii, retenţia nu era datorită unui obstacol mecanic, căci prostata nu era mare; nu mai puţin spasmului, cateterismul făcându-se cu inlesnire; în schimb bolnavii, prezentau simptome de cistită acută.

Gross şi Heully, menţionează un caz de retenţie complectă, în cursul unei cistite ulceroase, la o femee de 63 ani suferindă de câteva săptămâni. Dar ei nu erau lămuriţi, dacă e vorba de o retenţie complectă deodată, sau dacă bolnava n'avusese înainte o retenţie incomplectă, care bruse ar fi devinit complectă.

Bazy explică această retenţie, atribuind-o unei paralisii a muşchiului vesical, consectivă inflamaţiei mucoasei vesicale.

Posibilitatea acestei paralisii a vesicei e uşor de probat; reese din observaţii, nedând loc la nici-o obiecţiune; un bolnav atins de cistită cu triada siptomaitcă: frequenţa micţiunilor, puroiu în urini, durere spontană în timpul micţiunei şi provocată prin palpaţie; această cistită fiind anterioară retenţiei, insăşi retenţia dispărând în timp ce cistita se atenuează. Totuşi o obiecţiune ar putea interveni, la interpretarea retenţiei prin cistită; Condamy se întreabă, pentru ce nu există paralisia colului vesicii şi incontinenţă şi termină prin a răspunde, acesta e un fapt, ce tot-deauna a fost constatat de Bazy, că colul vesicii nici-odată nu e paralisat. Crede, că această regiune pare a se bucura de o imunitate specială, fără a putea da o explicaţie plausibilă. In present, e îndestul de cunoscut, că aceasta nu depinde atât de colul vesicii, care nu joacă un rol atât de important în actul micţiunei, cât de integritatea sfincterului uretral.

S'ar mai putea presupune, că în casurile de cistită cu retenție complectă, e vorba de o paralisie vesicală de origină nevropatică. Influența sistemului nervos, nu poate fi negată; e sigur, că cistita nu paralisează toate vesicele și factorul necunoscut, care face că unele cedéză și nu altele, trebue probabil cautat în predisposiția nervoasă.

Dar pathogenia retenției, rămâne tot-deauna aceiași.

Cistite cu retenție incomplectă de urină

Ceeace caracterizează retențiile incomplecte de urină, sunt aceste două fapte în aparență contra-dictorii: posibilitatea de a urina și imposibilitatea de a vida vesica. Profesorul Guyon le-a studiat în toate detaliile lor clinice. Cistitele cronice mai ales, sunt susceptibile de aceste retenții.

Cazurile publicate de cistită cu retenție incomplectă sunt puține. Albarran și Nogués în raportul lor detailat nu citează decât câteva cazuri. Desnos citează 3 cazuri: e vorba de 3 bolnavi, atinși unul de blenoragie, altul cu stricturi, al treilea cu o ușoară piurie. Consecutiv unui tratament intempestiv, acești bolnavi cari până atunci vidau complect vesica lor, au avut retenții de 40, 50 și 80 grame; trebue a ține în seamă că la al doilea bolnav, exista un obstacol mecanic, bolnavul fiind stricturat.

Ceeace e caracteristic în aceste trei cazuri e faptul, că odată cu vindecarea cistitei prin instilații argentice, vesica se vida complect. Aci nu se poate presupune, decât o turburare funcțională pasageră: o alterație a tunicei musculare nu se poate admite. Albarran și Nogués înclină mai mult într'o acțiune fisiologică, pe dată reflexă și voluntară; bolnavii probabil spre a evita durerile, cari însoțeau emisiunea ultimelor picături, inconștient contractau sfincterul lor, cu scop ca evacuația să nu fie totală. Există observațiile publicate de Michon, Escat

Imbert, Pasteau şi o observaţie a lui Caméro, căreia Albarran şi Nogués îi atribue o mare importanţă; e vorba de o cistită post-partum cu hematurii, micţiuni foarte frequente şi deşi cu o capacitate vesicală de 50 grame, vesica reţinea 20 gr. de urină.

Cealic şi Strominger publică în 1910 3 observaţii culese în serviciul de căi urinare al spitalului Colţea (Profesor P. Herescu):

OBSERV. I.— M. P. 52 ani, fierar intră în serviciu la 28 Februarie 1909 pentru frequenţa micţiunilor atât diurnă cât şi nocturnă şi pentru incontinenţă de urină.

In antecedente, găsim variolă, în timpul copilăriei febră palustră. Insurat la 20 ani, a avut 2 copii. La 34 ani suferi de o blenoragie, pe care o trata empiric, remânând nevindecat, cu o secreţie uretrală; puţin timp în urmă, o epididimită dreaptă. Acum 18 ani hematurii, cari au durat foarte puţin şi au dispărut fără nici un tratament. Acum 5 ani avu retenţie complectă de urină, pentru care a fost sondat,

De un an micţiuni frequente, diurne şi mai ales nocturne, însoţite de dureri; de 5 ani frequenţa s'a accentuat. 10—12 micţiuni în timpul nopţei şi chiar incontinenţă.

Stare actuală.— De constituţie bună, nimic anormal în aparatele digestiv, respirator şi circulator.

La examenul aparatului urinar, se găseşte o secreţie uretrală muco-purulentă, ce conţine gonococi. Bolnavul are 8—10 micţiuni ziua şi 10—12 micţiuni noaptea. Urina turbure şi conţine multe filamente; la fiecare micţiune urinează 30—45 gr., micţiunea e imperioasă şi în timpul nopţei are incontinenţă. Acusă dureri la sfârşitul fiecărei micţiuni şi iradiaţii abdominale şi prevesicale.

Uretra liberă în toată întinderea; nu să simte nici un obstacol cu o bulă olivară No. 3. După ce urinează bolnavul, introducându-i-se o sondă, se constată *un residiu de 220 gr.*; sensibilitatea vesicală la contact e exagerată, contractilitatea foarte slabă. Capacitatea ve-

sicală la tensiune e de 50 gr.; la această tensiune, bolnavul simte trebuință de a urina; lobul stâng al prostatei puțin mărit și sensibil la presiune; asemenea epididimul drept puțin mărit de volum și dureros. Rinichii nu sunt palpabili. I să dă băi calde de șezut; la Interior urotropină și instilații cu mitrat de argint.

Amelioratia e foarte ușoară, micțiunea mai puțin frequentă în timpul zilei, nici-o modificare în timpul nopței.

Revăzut la 24 Martie, acusă micțiunea la fiecare oră, mai des noaptea și în timpul somnului, incontinență, urina turbure în cantitate normală; în depozit filamente și gonococi. Residiul e de 200 gr. sensația de a urina e la tensiune de 160 gr.; contractilitatea diminuată.

1 Aprile. Frecuența mai puțin accentuată, falsa incontinență persistă. Ultimele picături de urină foarte dureroase.

6 Aprilie, statu-quo.

5 *Mai.* Urina mai clară, fără filamente; frequență puțin redusă, nu mai acusă dureri. Residiul e de 150 gr.; capacitatea vesicală la tensiune de 240 gr. Nici-o modificare în contractilitate. Micțiunile imperioase și foarte rari, incontinență diurnă; noaptea totdeauna are incontenență.

OBSERV. II. — I. V. 26 ani, comersant intră în spital la 10 Martie 1909, pentru frequența micțiunei diurnă și nocturnă și incontinența de urină. Nimic particular în antecedente.

In 1907, avu o blenoragie, fără nici-o complicație, pe care n'a tratato, remărând cu guta matinală, ce persistă la intrare.

Apariția turburărilor vesicale datează de 2 săptămâni când a început a urina foarte des, micțiuni însoțite de dureri terminale cu iradiții în hipogastru și cari să accentuau cu mersul. Urina de 5—6 ori în timpul zilei și de 3—4 ori în timpul nopței cu dureri mai ales la sfârșitul micțiunei. Nici odată nu a avut hematurii.

Defecaţiile erau dureroase şi spre sfârşit observa câte-va picături de sânge in urină. Era constipat şi in special consecutiv efortului observa sânge.

Starea actuală. De constituţie mediocră, nimic particular în aparatele digestiv, respirator şi circulator.

Urinează de 5—6 ori ziua şi 3 ori noaptea, cu dureri şi hematurii terminale foarte puţin accentuate. Jetul de de urină normal, fără nici o modificare; urina turbure cu multe filamente. Cantitatea de urină la fiecare micţiune, aproximativ 60—80 gr.

La examenul uretrei să constată o secreţie purulentă gălbenie, ce conţine gonococi numeroşi. Exploratorul cu bulă olivară No. 23 trece cu uşurinţă, dar se simte o foarte uşoară resistenţă în regiunea perineo-bulbară

Bolnavul după ce urinează, să găseşte un residiu vezical de 150 gr.; sensibilitatea la contact exagerată, contractilitatea diminuată. Capacitatea la tensiune e de, 100 gr. Proba sângerărei terminale negativă. Lobul drept al prostatei mărit, iar în profunzime se simte un mic nodal de mărimea unei alune. Glanda sensibilă la tuşeu. Epididimele normale, rinichii nu să simt.

I se fac spălături uretro-vesicale cu hipermanganat de potasiu 1/4000 iar la 2 zile o instilaţie cu nitrat de argint 1°/₀. Băi de şezut, supozitoare calmante.

26 Martie. Să observă o uşoară ameliorare: residiul e de 30 gr.; capacitatea vesicală la tensiune e de 130 gr.; 4—5 micţiuni ziua, 3 noaptea. Urina totdeauna turbure cu numeroase filamente.

11 Aprilie. Urinează 3—4 ori pe zi şi 2 ori noaptea, aproape fără dureri; urina e mult mai clară, iar sensibilitatea vesicală, aproape normală. Residiul vesical nul, capacitatea de 150 gr., Prostata sensibilă şi prezintă nodulul menţionat. Licidul prostatic aproape clar şi fără filamente.

Simţindu-se mult ameliorat, bolnavul la 17 Aprilie cere eşirea din spital.

In Septembrie 1909, bolnavul veni din nou în servi-

ciu cu diagnosticul de calcul vesical, pus de un doctor din provincie. Starea sa puțin mai alarmantă, acusă micțiuni mai frequente, fără dureri; la sfârșitul micțiunei simte o arsură și une-ori picături de sânge. Urina mai puțin turbure și fără deposit; cantitatea de urină la fie-care micțiune e de 300 gr. cu multe filamente, cari nu dispar prin acidul acetic.

Contractilitatea vesicală, tot-deauna diminuată, *residiul de 25 gr.*, cu câte-va strii sanguinolente; *capacitatea vesicală la tensiune 160 gr.* Prostata și vesiculele seminale normale, examenul cistoscopic, arată mucoasa vesicală turgescentă, cu numeroase vascularisații, celule vesicale și congestia colului vesicei, orificiile ureterale normale.

Ca tratament, instilații cu nitrat de argint 1%.

OBSERV. III Lyd.. L. 5 ani; o fetiță examinată în oraș în consult cu profesorul Herescu și care presenta micțiuni frequente diurne și nocturne, incontenență mai ales nocturnă; urini foarte turburi și fetide.

La etatea de un an, suferea de o vulvo-vaginită, ce a fost tratată insuficient, remănând cu o secreție vaginală puțin abundentă și care persistă până în momentul examenului. Tot-deauna a fost palã, cu digestii dificile și constipație opiniatră. N'a suferit, de vre-o maladie contagioasă.

De doi ani mama sa observă, că urina fetiței era turbure cu deposit purulent, abondent și cu un miros fetid. Odată cu aceasta, fetița a început a avea micțiuni frequente mai ales diurne, iar noaptea din când în când incontinență.

A urmat diverse tratamente tonice, fără tratament local; pentru puțin timp, starea sa să amelioră, micțiunile devenind mai puțin frequente și urina mai clară. Afecțiunea sa se menține ast-fel, cu perioade de ameliorare, până în 1908, când fu examinată. Atunci se prezintă ast-fel:

Constituție mediocră, incomplect desvoltată, faciesul pal, mucoasele decolorate; secreția vulvo-vaginală a-

bondentă, verzuie, pătând rufele și neconținând de cât coli-commune. Urina de 10—12 ori ziua și tot de atâtea ori noaptea, cu dureri la sfârșitul micțiunei. Urina de emisiune turbure, cu un aspect lăptos și foarte fetid. Prin sedimentare, se forma un depozit purulent foarte abundent.

Analisa chimică a urinei, arăta o alcalinitate foarte pronunțată, numeroase elemente de puroi, elemente renale. Clorurii scăzuți; iar azotul insuficient eliminat.

După o micțiune, introducându-se o sondă moale în vesica, se constata *un residiu de mai mult de 500 gr.* turbure și foarte fetid; contractilitatea vesicală e foarte diminuată, sensibilitatea la contact puțin exagerată: capacitatea vesicală 80 gr. la tensiune. Regiunile renale dureroase; rinichiul drept mai dureros, se simte puțin. Starea generală mediocră, abdomenul puțin balonat, constipație. Anorexie.

Examenul bacteriologic al urinei, arată presența de coli și bacili acido-resistenți, totuși nu par a fi bacili de Koch, fiind date extrema abondență și alcalinitatea excesivă a urinei.

I se face spălături vesicale cu hipermanganat 1/5000, alternând cu spălături cu nitrat de argint, 1/4000 și o medicație tonică pentru starea sa generală.

Local să amelioreazǎ puțin în sensul, că frequența diminuă, incontinența devine mai rară; totuși retenția persistă și capacitatea vesicală nu se modifică de loc.

In mai multe rânduri, avu chiar retenții complecte de urină, trebuind a fi sondată.

A mai fost văzută de Profesorul Zuckerkandel din Viena, care făcându-i separația urinelor cu examen cistoscopis, a observat, că prin ambele uretere eșia urina turbure, iar orificiile ureterale erau turgescente.

Analisa chimică a urinei din fie-care rinichiu, arăta o alterație aproape egală de ambele părți, cu predominența la dreapta, unde eliminarea azotului și clorurilor erau în cantitate mai mică. Examenul bacteriologic a-

rată coli în cantitate mare. Presența de coli fiind constantă și negăsindu-se alți microbi, cari să poată explica infecția ascendentă a rinichilor, resulta sigur, că de la început exista o infecție a organelor genitale de natură colibacilară, care în lipsă de căutare sau consecutiv altor cauze ce n'au putut fi precisate, s'a generalisat la întreg aparatul urinar. Regimul tonic, aerul de munte, tratament arsenical, au produs o oare-care ameliorare. In Martie 1909 contractă o scarlatină în urma căreia muri, cu fenomene uremice.

Autopsia nu s'a făcut.

Din aceste observații reese, că e vorba de 3 casuri de retenții incomplecte, la bolnavi, atinși de cistită cronică. In observațiile 1 și 2, cistita a fost de natură blenoragică, gonococul fiind găsit în secreția uretrală și în urină; în observ. 3, foarte probabil, a fost de natură coli bacilară, bacilul colli fiind în repețite rânduri găsit în urină. Importanța nu constă în natura cistitei, pe cât în intensitatea și durata retenției. Din observațiile citate reese clar, că retenția era foarte intinsă în raport cu capacitatea vezicală, care relativ era redusă așa, că disociația între contractilitate și sensibilitatea vezicală era foarte manifestă: în observ. I residiul 220 gr: iar vesica reacționa la 50. gr. în observ. 3 residiul era de 500 gr. iar vesica se contracta la 80 gr.

In 1911 Cealic și Strominger, dau publicității alte 3 cazuri, culese în serviciul de căi urinare al Spit. Colțea (Profesor dr. Herescu.

OBSERV. IV. Fani K..., 33 ani intră în serviciu la 2 August 1908, nimic important în antecedentele ereditare, colaterale și personale; menstruată la 15 ani, măritată la 21 ani, a avut 5 nașteri la termin și un avort de 8 luni; acum 2 ani o hemoptizie de scurtă durata.

Boala datează din Februarie 1908, începând prin frecuența micțiunilor, însoțite de dureri intense, la nivelul uretrei. Urinele au fost clare și au continuat să fie până

în Iunie când au devenit turburi, o lună mai târziu, bolnava observă chiaguri sanguine în urină, fără a putea precisa, dacă hematuria a fost inițială totală sau terminală.

De 3 luni, acuză dureri în flancul drept mai accentuate în mers; adesea durerile erau așa de puternice, că bolnava trebuia a sta în pat.

La examenul general al bolnavei, să constata induraţia ambelor vârfuri.

La examenul aparatului urinar: o tumoră în flancul drept, aproape rotundă, cu diametru transversal puțin mai mare, de mărimea unei portocale; mobilă, dureroasă la presiune și să constată o zonă de sonoritate la partea sa antero-internă.

Punctele pyelitice, ureteral mijlociu, inguinal și femorocutanat sânt dureroase; palpaţia hipogastrică, asemenea dureroase. Ureterul palpat prin vagin foarte dureros și provoacă senzaţia de a urina. Uretra e sensibilă în toată lungimea și puțin îngroșată.

Capacitatea vesicală abia 10-20 gr; sensibilitatea la contact și la distensie e exagerată. Contractilitatea vesicală e mărită.

Nimic anormal din partea organelor genitale; bolnava urinează 30-35 ori în 24 ore, cu mari dureri. Urinele sunt sanguinolente cu un depozit purulent și în cantitate de 2000 gr. în 24 ore.

Analiza urinei arată:
Volum: 600 c. c.
Culoare: Galbenă, roșie turbure
Miros: ușor sulfuros
Reacția: slab acidă
Densitate: 1.018
Uree: 24.71 ‰
Cloruri: 10.10 ‰
acid fosforic: 2.80 ‰
„ uric: 0.15 ‰
albumina: '.80 ‰
zahar: 0

Sedimentul opac, roșietic conține: multe leucocite poli și mononucleare, rari hematii. Nu microbi.

Cateterismul ureteral fiind imposibil, se face injecție cu albastru de methilen și se constată, că eliminarea e bună.

Bolnavul suferind mult din cauza turburărilor vezicale și ținând seamă în special de durerile lombare și de tumorea renală dreaptă, consimte a se interveni pe rinichiul drept.

La 15 Septembrie 1908, Profesorul Herescu procede la nefrectomie lombară dreaptă. Să ajunge la rinichiu: e mare și cu mici abcese la suprafața sa; asemenea să constată aderențe la polul superior. Consecutiv nefrectomiei incisându-să rinichiul, să constată mai multe caverne corticale pline cu o substanță caseoasă. Basinetul normal, ureterul îngroșat.

Rezultatele post-operatorii au fost bune, temperatura normală, plaga pe cale de vindecare. Fenomenele vesicale s'au amendat și ajunge a urina la $^1/_2$ și $^3/_4$ de oră; urinele mai puțin turburi, durerile la micțiune mult amendate.

La 30 Noembrie, cere eșirea din spital; plaga lombară e vindecată; urinele totuși sunt ușor hematurice, iar micțiunile la $^1/_2$ — $^3/_4$ de oră. Starea generală mult înbunătățită.

Un an după operație, a născut un copil la termen, în condiții absolut normale, fără turburări renale în timpul sarcinei sau al nașterii.

Bolnava, a fost revăzută în Martie 1910: starea generală mult ameliorată, greutatea mărită. Urinează la oră fără fără nici-o durere. Urina ușor turbure fără depozit; nu să găsește nici albumină, nici puroi, nici bacili de Koch.

Urina la emisiune e ușor turbure și în cantitate de 80 gr. Introducându-se o sondă în vesică, spre a se măsura capacitatea vesicală, să constată un residiu de 120 gr.; contractilitatea vesicală e ușor diminuată; iar capacitatea vesicală la tensiune e de 80 gr.; dincolo de această cantitate durerile apar și lichidul e expulsat cu violență, continuându-se încă a se injecta.

OBSERV. V.— Nicolai I. . . . , 44 ani preot, intră în serviciu în 12 Martie 1910, pentru frequența micțiunilor și incontinență de urină și dureri la micțiune, localizate în porțiunea penienă a uretrei.

Nimic important în antecedentele colaterale și heredilare. La 20 ani o pneumonie. Neagă ori-ce afecțiune uretrală, neagă sifilisul.

Boala sa actuală, să manifestă în August 1909, când observă, că jetul de urină e foarte subțire și micțiunea foarte dureroasă la început. A început a urina mai des noaptea, până la 4 ori pe noapte; micțiunile erau mai frequente când lucra și mai rari în repaus.

Mersul și exercițiul, n'aveau nici-o influență asupra micțiunei. De 4—5 luni observă, că urinează mai ușor, când scaunele sunt regulate; adesea are tenesme rectale și emite numai câte-va picături de urină și din timp în timp mici hematurii terminale.

Starea actuală — Bolnavul foarte slăbit, palid și mucoasele decolorate; temperatura variază intre 37^{0}-40^{0} pulsul e frequent; frisoane repetate.

Pulmonar, să constată o indurație la vîrful drept și o matitate la basa dreaptă; puncția pleurală positivă, iar lichidul examinat arată limfocite mononucleare mari și foarte rari polinucleare.

Examenul aparatului urinar arată: urini turburi cu un mic depozit purulent. Bolnavul urinează 5—6 ori, în timpul zilei și tot atât în timpul nopței; micțiunea e imperioasă și în timpul nopței are une-ori falsă incontinență. Acuză dureri la nivelul porțiunei peniene a uretrei, cari iriadiază în special spre hipogastru și în spre fosa iliacă dreaptă. Micțiunea e dureroasă, mai ales la început, jetul e subțire întrerupându-se une-ori, spre a deveni regulat către sfârșitul micțiunei.

Urinele sunt în mare cantitate, de o culoare galbenă, turburi cu un mic depozit gris mucos.

La intervale neregulate și numai de 2—3 ori în cursul boalei, a observat câte-va picături de sânge către sfârșitul micțiunei.

Acuză tenesme rectale și dureri iradiate în fosa iliacă dreaptă.

Uretra e liberă, totuși cu exploratorul cu bulă olivară No. 20, să simte în vesică un fel de resistență, ce pare a fi asemenea acelei unui corp străin dar, care prin senzația moale ce o dă, exclude posibilitatea unui calcul.

Residiul vesical e de 250 gr., iar capacitatea la tensiune de 120 gr. Se obține sângerarea terminală, prostata e ușor mărită de volum și puțin sensibilă.

Rinichiul drept asemenea sensibil.

Cum starea generală este rea, i se pune o sondă à demeure în așteptarea a i se face cistoscopia. Starea generală înrăutățindu-se, sucombă.

La autopsie se găsește licid în pleura dreaptă, pulmonii congestionați. Rinichii sunt mari și numeroase imfarcturi purulente la rinichiul drept. Leziuni intense de nefrită la ambii rinichi.

La deschiderea vesicei, se găsește mucoasa alterată, granuloasă și numeroase puncte hemoragice, iar musculoasa foarte îngroșată; către fundul vesicei se constată prezența unei tumori de mărimea unei nuci, rotundă, lobulată și puțin pediculată, situată către partea stângă și posterioară.

Examenul histologic al piesei, a arătat o tumoră papilomatoasă, cu tendința la degenerescență epiteliomatoasă.

Examenul histologic al peretelui vesical:

Se observă, că epiteliul mucoasei, nu mai posedă aspectul său normal; în oarecari regiuni, se văd noduli cu celule epiteliale, înconjurate de țesut conjunctiv și asemenea celor din tumoră.

Partea profundă, e infiltrată de celule epiteliale neregulat așezate; împrejurul vaselor, se observă focare de celule embrionare. Aceste vase sunt foarte dilatate. Musculoasa este îngroșată și țesutul conjunctiv proliferat, prezintă din loc în loc noduli asemenea celor din mucoasă.

OBSERV. VI. — Marin P....., 65 ani, agricultor intră în serviciu la 1 Aprilie 1910 pentru frequență și dureri la micțiune mai exagerate în timpul mersului. Nimic

în antecedente. Boala sa datează de 10 ani, când a început prin frequenţa micţiunilor diurne şi nocturne: în acelaş timp jetul urinar nu mai era proectat la distanţa normală. Aceste fenomene au persistat până în toamna trecută, când observă, că trebue să facă mari sforţări pentru a urina; în acelaşi timp simţea dureri la începutul micţiunei. A remarcat dureri în micul basin şi uretră totdeauna în timpul mersului şi în trăsură.

La intrarea sa, se constată, că bolnavul e foarte slab. Nimic din partea pulmonilor, cordului şi a aparatului digestiv.

Bolnavul urinează de 10 sau 15 ori în timpul zilei şi tot atâtea ori noaptea; jetul urinar subţire şi puţin proiectat şi are trebuinţă să facă eforturi mai ales la începutul micţiunei.

Urinele sunt turburi în totalitate şi cu un sediment purulent; rinichiul nu se simte, uretra liberă până în regiunea prostatică, unde se simt mai mulţi calculi.

Residiul vesical e de 260 gr. şi capacitatea vesicală la destindere e de 80—100 gr., sensibilitatea la contact şi la distindere exagerată: contractilitatea este diminuată.

Prostata normală.

Profesorul Herescu face lithotriţia la 13 Martie; dar câteva zile după operaţie, bolnavul a sucombat cu fenomene de infecţie şi la autopsie se constată cei doi rinichi măriţi de volum, basinetul drept dilatat şi ureterul corespunzător prezintă mai multe cudure şi sinuosităţi cu părţi mai dilatate şi segmente mai strâmte: calibrul său e aproape celui al intestinului subţire. Nu se găseşte nici un calcul, în toată lungimea sa.

Basinetul şi ureterul stâng sunt normale; vesica e foarte dilatată, musculoasa îngroşată, mucoasa în parte necrosată şi acoperită cu false membrane. Prostata şi uretra sunt normale.

Examenul histologic al vesicei făcut de Profesorul Babeş arată:

Muşchiul vesical, este înlocuit pe alocurea prin ţesut

conjunctiv scleros in special împrejurul vaselor, cari sunt în parte obstruate; există o infiltraţie de celule mononucleare destul de manifestă.

Ţesutul conjunctiv în mare cantitate, pătrunde între fibrele musculare, cari sunt colorate foarte slab pe suprafeţe destul de întinse, contrastând cu restul muschiului indemn.

Din examenul acestor ultime 3 cazuri, reese: în obs. IV *o cistită tuberculoasă* la o femee cu o capacitate de de 80 gr. şi un residiu de 120; în obs. V o *cistită neoplasică* cu o capacitate de 120 gr. şi un residiu de 240 gr., iar în a VI-a o *cistită calculoasă* cu o capacitate de 140 gr. şi un residiu de 260 gr.

Consideraţiuni clinice şi anatomo-pathologice.

Modul de producere al retenţiei incomplecte în cistitele cronice, se explică prin alteraţiile pathologice ale peretelui vesical; trebue a se admite un viciu de contracţie a acestui muşchiu, consecutiv lezianilor pathologice.

Hallé şi Motz, într'o memorabilă lucrare, studiază detailat anatomia pathologică a cistitelor cronice. Aceştia descriu în primul rând leziuni macroscopice, în cari nota dominantă, e o enormă hipertrofie a peretelui, care la secţiune poate atinge 2—3 cm. în loc de 5—10 mm., ca în stare normală.

Leziunile cele mai principale se întâlnesc la nivelul stratului muscular; primul stadiu al inflamaţiei, se manifestă printr'o *hipertrofie a muşchiului*, datorită unui spor de travaliu; curând ţesutul conjunctiv se infiltrează şi se multiplică în interstiţiile fascicolelor musculare, constituind al doilea stadiu: stadiu de *scleroză hipertrofică*, unde nu se vede decât insule de ţesut muscular.

Consecutiv urmează un al treilea stadiu de *atrofie*, unde nu se văd decât insule de ţesut muscular.

Dar dacă, în cistitele de cauză banală, peretele vesical conservă întotdeauna o apreciabilă cantitate de ţesut muscular, cu totul altfel se petrece în cistitele tuberculoase. Hallé şi Motz au arătat, că leziunile pot merge

până la distrugerea peretelui, nerămânând nici mucoasă nici musculoasă, ci simplu un strat fibros, rigid, inert și incapabil de orice contracție. Aceasta explică în deajuns faptul, că în tuberculosa vesicală, retenția e foarte frequentă.

Insă aceste alterații, nu să produc în acelaș grad, pe toată întinderea vesicei și în toate stratele. Rămâne o cantitate considerabilă de țesut muscular; dar aceste fibre nu mai sunt în condițiile lor fisiologice așa, că o parte din țesutul muscular nu mai este bine coordonat.

Examenul histologic din cazurile publicate în obs. V și VI demonstră suficient, alterațiile pathologice ale musculaturei vesicale; în obs. VI examenul arată pe alocurea noduli neoplasici; iar Albarran și Noguès în raportul lor susțin, că degenerescența peretului vesical prin infiltrație neoplasică, poate fi o causă de retenție incomplectă.

Trebue a se mai avea în vedere, că țesutul grăsos, care se infiltrează printre fibrele musculare, jenează retracția vesicei și produce astfel retenția. Aceste lesiuni găsesc o confirmare, în examenul fisic al vesicei, care arată o disociație între contractilitate și sensibilitate la distindere.

Disociarea, deși ar părea ceva paradoxal, ceva imposibil, totuși se poate ușor explica ținând seamă, că în aceste casuri, musculatura vesicei suferă cu timpul o degenerescență și consecutiv o forță mai mică de contractilitate. Mucoasa vesicală inflamată se destinde gradat prin urină; contractilitatea mușchiului vesical fiind insuficientă, vesica nu se contractă suficient spre a expulsa toată cantitatea de urină.

Sensația frequentă de a urina, nu provine prin faptul, că vesica fiind inflamată se contractă mai des, ci din causa surplusului de urină aflat în vesică.

Experimental, dacă am vida artificial aceste vesici bolnave și cu retenție incomplectă și am injecta licid mai mult sau mai puțin cald și iritant, care ori cât de

uşor ar fi injectat şi luând toate precauţiunile spre a ne pune în circonstanţele naturale de temperatură şi cantitate, se produce o sensaţie de a urina foarte intensă, pe când contractilitatea vesicală este foarte puţin accentuată. Resultă deci, că vesica nu suportă o cantitate de licid, tot atât de mare ca şi residiul.

Aceasta e causa, că în toate observaţiile, residiul e aproape dublu capacităţei.

Contractilitatea e în general slăbită; jetul slab de urină, la aceşti bolnavi şi minima forţă de expulsie, după introducerea sondei în vesică, o probează îndeajuns.

In cursul cistitelor cronice, dese-ori s'au observat (obs. 1 şi 3) retenţii acute totale. Aceste fase acute s'ar putea explica prin puseurile de cistită acută, cari ar produce o acţiune inhibitorie asupra muşchiului vesical.

Cealic şi Strominger pentru uşurinţă, se servesc de metoda cifelor, introdusă de mult de profesorul Guyon în studiul maladiilor urinare, spre a arăta raportul între residiu şi capacitatea vesicală. Intre residiu şi capacitate, există un raport invers în sensul, că cu cât residiul se măreşte, capacitatea vesicală diminuă şi inversul. Residiul însemnându-l cu R, capacitatea cu C, din raportul acestor 2 factori resultă un cât, Q: $\frac{R}{C} = Q$. Cantitatea Q, fiind cu atât mai mare, cu cât diferenţa între R şi C este mai sensibilă.

In casurile grave, cu mari retenţii, câtul se notează cu cifrele 1, 2, 3 . . . ; dacă residiul diminuă şi capacitatea se măreşte, consecutiv amendărei fenomenelor de cistită, câtul Q diminuă şi ar putea ajunge la 0.1 0.01 şi chiar 0, aceasta în casul, când residiul ar dispărea complect, iar capacitatea vesicală ar ajunge la normală.

Resultă, că disociarea poate servi ca un mijloc de pronostic: capacitatea mărindu-se şi residiul diminuând, cistita e pe cale de vindecare; concomitent, dacă cu

mărirea capacităţei la rândul său residul se măreşte, sau chiar dacă rămâne staţionar, şansele de vindecare sunt puţine.

Făcând înlocuirile în observaţiile citate, se obţine resultatele următoare:

Obs. I (cistita gonococică): $\frac{R.\ 220}{C.\ 160} = Q\ 1.38$

Obs. II (cistita gonococică): $\frac{R.\ 150}{C.\ 100} = Q\ 1.5$

Obs. III (cistita colibacilară): $\frac{R.\ 500}{C.\ 80} = Q\ 6.25$

Obs. IV (cistita tuberculoasă): $\frac{R.\ 120}{C.\ 80} = Q\ 1.50$

Obs. V (cistita neoplasică): $\frac{R.\ 240}{C.\ 120} = Q\ 2$

Obs. VI (cistita calculoasă): $\frac{R.\ 260}{C.\ 140} = Q\ 1.85$

Aşa dar cistita ameliorându-se, residiul diminuă, capacitatea se măreşte, iar câtul diminuă şi ar putea ajunge chiar la o, ceeace ar caracterisa întoarcerea la normală; totuşi e foarte rar, ca residiul să ajungă la o, din causa lesiunilor muşchiului vesical.

TRATAMENT

Din punct de vedere terapeutic, conduita medicului față de bolnav, depinde de varietatea retenției cu care aveam a face.

In cazurile de retenție cronică incomplectă de urină fără distensiune, tratamentul consistă esențial în cateterismul evacuator cu lavagii antiseptice. Cateterismul repetat trebue să fie preferat; sonda à demeure are indicațiile sale.

In formele *simple*, insuşi medicul trebue să sondeze bolnavul în timp de 8-10 zile, două ori pe zi, cu scop de a practica primele cateterisme, în condiții bune de asepsie.

In cazurile *infectate* nu trebue neglizat cateterismul; în primul rând i se va face desinfecția vesicei, fie prin lavagii nitratate, fie prin instilații, dacă vesica e rebelă.

In formele *dureroase*, Profesorul Guyon recomandă întrebuințarea instilațiilor cu nitrat de argint, 40-50 gute din soluția 2-5 %. Dacă ne mărginim la cateterismul evacuator, să avem grijă să combatem durerea consecutivă evacuației totale; să substituim urinei purulente o soluție caldă de acid boric. Să va evacua vesica, fără a o vida. In toate cazurile se va da o mare importanță tratamentului general. Calmantele, în special calmantele introduse în rect, vor fi mai ales de o mare utilitate.

La bolnavii cu retenție cronică, incomplectă de urină cu distensiune, gravitatea pronosticului nu provine numai din cauza intoxicației profunde, la care au ajuns, ci prin faptul receptivităței, ce dânșii oferă invasiei microbiene.

Evacuația trebue să fie făcută ușor, cu cea mai mare prudență, cercetând reacția bolnavului.

Să ne ferim de a activa scurgerea urinei, printr'o presiune la nivelul hipogastr.ılui. Dacă în cursul evacuației, vesica sângerează ușor, trebue să se injecteze o soluție caldă boricată, spre a se pune vesica într'un oare-care grad de tensiune.

In distensiile aseptice, să se evite pe cât e posibil sonda à demeure; totuși vom recurge la aceasta, când cu toate îngrijirile date urina devine turbure și infecția vezicală, atinge o oarecare intensitate.

CONCLUZIUNI

1. Retenţiile de urină pot fi împărţite din punct de vedere ethiologic, în retenţiuni cu sau fără obstacol mecanic; acestea din urmă la rândul lor se sub-împart, în retenţiuni fără lesiune vesicală şi retenţiuni consecutive unei lesiuni vesicale.

2. In retenţiunile de urină fără obstacol mecanic şi cu lesiuni ale vesicei, cistita este aceia care ocazionează retenţia; această retenţie poate fi complectă şi incomplectă.

3. Retenţia incomplectă de urină, poate fi întâlnită, în toate varietăţile de cistită: gonococice, tuberculoase, colibacilare, neoplasice, calculoase, etc.

4. In cistita cu retenţie incomplectă, disociaţia între contractilitatea vesicei, pe deoparte şi sensibilitatea la distensiune pe de alta este manifestă; resultatul acestui fapt este, că vom avea tot-deauna un residiu mai mare, de cât capacitatea vesicală.

5. Ori de câte ori, într'o cistită vom întâlni această disociaţiune, va trebui să admitem, că lesiunea peretelui vesical trece dincolo de mucoasă şi că tunica musculoasă e interesată.

6. Ca chestiune de pronostic în urma tratamentului, cu cât capacitatea vesicală va creşte, residiul va diminua; indicând prin această diminuare ameliorarea cistitei.

Văzută şi bună de imprimat.

Preşedintele tezei,	Decanul Facultăţei,
Prof. **Dr. Herăscu**,	Prof. **Dr. Ionnescu Thoma**.

Pe lângă subiectul tezei, candidatul este dator a răspunde la orice chestiune medicală ce i s'ar pune de către juriul examinator.

BIBLIOGRAFIE

Albarran. — Surcharge graisseuse de la vesie. Impuissance primitive. Bulletins de la Société anatomique. Paris 1888 p. 376.

Albarran. -- Pathogénie de la retention chez les prostatiques. Articole „prostate" in Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. Paris 1889 vol. IX p. 615.

Albarran. -- De la castration dans l'hypertrophie de la prostate. Congrès francais de chirurgie 1895. p. 564.

Albarran. — Sphincter peno-scrotal de l'urètre. Traité de chirurgie de L. Dentu et Delbet, Paris 1899 vol. IX p. 436.

Albarran. — La prostatectomie perineale. Presse médicale. Paris Mai 1902.

Albarran. — Indications de la prostatectomie. Association francaise d'urologie 1904 p. 346.

Albarran & Motz. - Contribution à l'anatomie pathologique de la prostate hypertrophiée, Annales des maladies des organes genito-urinaires, 1902 p. 779.

Auganeur. - Pathogénie de la retention d'urine survenant au cours de la blennorragie. Presse médicale 12 Fevrier 1898 et suite.

Asch. - - Die Erkrankungen der Blasenmuskulatur. Arzeverein zu Strafsburg. Deutsche med. Wochenschrift 1909 s. 1293.

Barbui. Contribution à l'étude de retention d'urine chez la femme Thèse de doctorat Paris 1901.

Bogdanowich. Contribution à l'étude de la pathologié du musee vesicale Thèse Paris 1892.

Camescasse. - De la retention médicale des urines en dehors des affections du système nerveux. Thèse du doctorat Paris 1881.

Cartaz. — Paralisie vesicale consécutive l'usage de l'acide phénique. Congrès de l'Association française pour l'avancement de sciences, Blois, Septembre 1884.

Chetwood. - Prostatisme Without enlargement of the prostate. Anuals of surgery 1905, vol. XLI p. 497.

Ciechanowski. - Quelques aperçus sur le prostatisme au point de vue anatomo-pathologique, Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1891 p. 49.

Civiale. — Traité des maladies des organes génito-urinaires Tome II p. 293.

Coche. — De la rétention d'urine de paralysie de la vessie au cours de l'urétrite bleunorragique. Thèse Lyon 1897.

Cealic și Strominger. - Considerations sur trois cas de cystite avec rétention incomplète d'urine, Annales des mal. des org. genito-urin., 1910, II, p. 1787.

Cealic și Strominger. — Asupra càtor-va casuri de cistitä cu retenție incomplectă de urină.

Cealic și strominger. — Considerations cliniques et physiopathologiques sir six cas de cystite avec retention incomplète d'urine.

Condamy. — De la cystite aigué comme cause de la rétention d'urine. Thése de doctorat, Paris 1894.

Casper. - Ungewöhnliche Fälle von darnender Harnverhaltung. Berl. med. Geselschaft Deutsche med. Wochensch, 1910 S. 385.

Courtade et J. F. Guyon. - Sur la resistance du sphincter, vésico-uretral. Sociètée de biologie 27 Juillet 1895.

Desnos et Minet. — Traité des maladies des voies urinaire 1909 p. 405.

Duret. — Troubles urinaires dans les apendicites. Asociation francaise d'urologie 1899 p. 401.

Von A. Emodi — Ueber einen seltneu Fall von reflektorischer Harnverhaltdng. Pest Med. Chir. Press 1904 p. 1129.

Englisch. — Ueber einige seltene Formen von Ischiurie Algem. Wiener Medie zeitung 14—40—41—1903.

Englisch. Ueber Kleinheit der Vorstcherdrüse usw. Zeitschrift für Heilkundd 1901 Heft. 12.

Estrabaut. — Les faux urinaires. Thése de doctorat Paris 1899.

Frankl. — Hochwart und zuckerkandl. Die nervosen Erkrankungen der Harnblase Wien 1906.

Genouville. — De la contractilité du muscle vésical a l'état normal et a l'état pathologique Thése de doctorat, Paris 1899.

Genouville et Pasteau. — Les rapports dela tension arterielle et de la contractilité vésicale chez les prostatiques. Société de biologie 24 Juillet 1897 et annales des maladies des organes Génito-urinaires 1898 p. 945.

Gilles de la Tourette. — Incontinence d'urine dans la polynevrite alcoolique. Bulletin de la Société médicale des hòpitaux de Paris 10 décembre p. 103.

Goldberg. — Die Prostatitis chronica cysto-paretica. Centralb. du Harn und sexualorgane 1906 vol. XVIII p. 531.

Guyon. — De la sensibilité de la vessie au contact et à la distensia dans l'état physiologique. Annales des maladies des organes génito urinaires 1884 et Gazette hebdomadaire 1884 No. 52 et 1885 No. 1 et No. 2.

Guyon. — Sensibilité de la vessie à l'état normal et à l'état pathologique. Annales des organes des maladies génito-urinaires 1887 p. 193.

Guyon. — Prostatisme vesical. Annales des maladiès des organes gènito-urinaires, février 1899.

Guyon et Albarran. — Anatomie et physiologie de la rétention d'urine. Archives de Médicine expérimentele 1890.

Gouley. — Surgery of. genito-urinary organs. Rebman 1907 p. 426.

Hallé et Motz. Contribution à l'anatomie pathalogique de la vessie. Annales des maladies des organes génito-urinaires 1902 p. 17 et 129.

Hartmann. — Accidents et complications urniaires au cours des fibromes uterins. Congrès national de Gynécologie d'obstétrique et de poediatrie, 5e session, Alger, Avril 1907.

Hirtz et Beaufumé. — La rétention d'urine par coprostase. Gazette des Hòpitax, 21 novembre p. 1857.

Houillon. De la rétention d'urine d'origine traumatique ou post-operatoire. Thèse de Bordeaux, 1893.

Jannet. — De l'inhibition génito-vesicale. Association francaisse d'urologie, 1902 p. 294.

John Cunningham. — Recurrent interrmitent retention of urine occuring with semission in a case of per nicions anaemia. Annals of Sugery, février 1907, p. 284.

Landouzy. — Des paralysies au cours des maladies aigués, Thesé d'agrégation, Paris 1881.

Launois. — De l'atrophie de la prostate. Annales des maladies des organes genito-urinaires 1894 p. 121.

Lydston. — Fatty degeneration of the bladder as a factor in the pathology of genito-urinary disease. Journ. of. ent. and genit-urinary diseases, 1902, vol. XX

Marion. De la paralysie vésicale dans le paludisme aigu. Thèse, Paris, 1897.

Molière. Dysurie sénile, Lyon Médical, 16 mars. 1890.

Motz et Arese. — Note sur les vessies des prostatiques sans prostate. Annales des maladies des org. genito-urinaires No. 24, 15 décembre 1903, p. 1841.

Noguès. Deux cas de troubles digestifs chez un rétentioniste. Annales des organes des maladies genito-urinaires 1897, p. 401.

Noguès. — Le spasme de l'uretre. Journal des praticiens Paris, 1898.

Oschevsky. -- Rétention d'urine palustre guerie par les injections de quinine. Bulletin médical. 19 octobre 1891.

Pasteau. — Trois cas de prostatisme vésical. Annales des organes. des maladies des organes genito-urinaires 1897 p 31.

De Pezzer. Rétentions d'urine par bicyclette. Annales des maladies des organes genito-urinaires 1899 p41

Ramey. -- Spasme de l'uréthre guéri par la suggestion hypnotique Bulletin de la Societé de biologie Juni 1886.

Récamier. — Athérome artériel: prostatisme chez un homme jeune Annales des maladies des organes gènito urinaires 1889 p. 100.

Reblaub th. — Etiologie et pathogenie des cystites These de Paris 1892.

Serralach et Martin Parés. — Quelques nouvelles données sur la physiologie du testicule et de la prostate. Annales des maladies des organes genito-urinaires pol. I No. 3, No 4 et No. 11 1908.

Stordeur Verhelst. — Retention compléte par atonie vésicale d'origine urémique. Progrés médical belge. Bruxelles 1905 VII p 51 et 53

Ferrier et Dujarier. - Du priapisme prolongé. Revue de Chirurgie 10 mai 1907

Ulzmann.— Krankheiten der Blase. Deutsche zeitschrift fur chirurgie 1890 .384.

Venot. — Accidents et complications urinaires au cours des fibromes uterins. Rapport pour le congrés national de gynécologie, d'obstétrique et de poediatrie, 50 session, Alger avril 1907.

Zuckerkendl. – a se vedea Frankl-Hochwarth.